HISTORIA CLINICA

CONCEPTOS GENERALES

Ya se ha anotado la importancia de una adecuada relación médico-paciente como base fundamental del ejercicio médico. De la misma forma se resalta la importancia de tener muy claro la importancia de la historia clínica como un documento legal. Y la verdad, es que en ningún otro lado puede ni debe quedar registrada la información que el paciente nos proporciona de su situación clínica, así como los conceptos que nosotros le trasmitimos en cuanto a sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
Es el testimonio escrito de nuestra relación con el paciente, y aunque es privado, en el sentido que su divulgación requiere de la autorización del paciente, es también público, por el hecho, que la historia clínica debe estar a disposición del personal de la salud, que ayuda a la atención del paciente, y eventualmente como instrumento legal, puede ser leído por otra serie de personas en el transcurso de un proceso judicial. Así que es necesario, hacer una serie de recomendaciones para su adecuada realización.

Como documento escrito, el médico es responsable de adquirir y registrar la información que nos da el paciente, y la transcripción de esta debe ser lo más ceñida a la verdad, pero igualmente concisa y clara. Una adecuada redacción y ortografía, son fundamentales en el desarrollo de la historia, lo que permitirá a las personas que la revisen, una lectura amena. La letra debe ser lo más legible posible; actualmente la mayoría de instituciones prestadoras de salud cuentan con sistemas de información en los cuales la historia clínica se registra de forma electrónica. En lo posible se debe evitar el uso de siglas o abreviaturas, que pueden llevar a errores o malas interpretaciones de las mismas. La elegancia narrativa, y la claridad con la que se registre los conceptos médicos, dirá mucho sobre la calidad de nuestro ejercicio profesional. El registro de la información debe tener una secuencia cronológica adecuada, permitiendo al lector enterarse de la evolución de la enfermedad del paciente desde su comienzo exacto, hasta el momento actual.

Un aspecto de suma importancia, es la forma en la que se debe obtener la información. Las preguntas deben ser sencillas y claras, evitando preguntar con términos médicos que muy seguramente el paciente desconoce. Igualmente el entrevistador debe conocer el nivel cultural de cada paciente, para de la misma manera acondicionar el lenguaje a utilizar, del tal forma que este sea compresible por el paciente, y se debe ser recursivo, para poder tener alternativas diferentes a una misma pregunta. Es fundamental evitar inducir respuestas a través de las preguntas, y como una norma muy importante debe evitarse hacer preguntas en negativo, como por ejemplo: No ha tenido dolor de cabeza? o Nunca ha sufrido de desmayos? En resumen se recomienda, que las preguntas se hagan de una manera neutra y amplia, permitiendo al paciente hacer un relato espontaneo de sus síntomas. Sin embargo, como se explicara más adelante, hay situaciones donde el interrogatorio será dirigido, para trata de profundizar o aclarar alguna situación, pero siempre sin tratar de inducir una determinada respuesta. Es muy conveniente evitar preguntas, en las cuales se pueda intimidar u ofender al paciente, especialmente en algunos aspectos de su vida personal o intima. Idealmente este tipo de preguntas deberían dejarse para el final, cuando se haya logrado una buena relación y haya mayor confianza.

Durante la entrevista, se debe procurar que esta sea lo más cordial y amable posible, entendiéndose como un dialogo entre dos personas. Debe permitirse una libre expresión por parte del paciente, aunque por momentos haya necesidad de orientarlo en su relato, pero sin coaccionarlo. Es conveniente dar la convicción, de que el médico está interesado por los aspectos

que el paciente esta comentando, y que su situación nos interesa, además que disponemos de tiempo para escucharlo. Un hecho de mucha importancia, sucede cuando el paciente llega acompañado, o en el área donde se encuentra el paciente en el hospital hay más personas. Si el paciente se siente incomodo por este hecho debe permitírsele tener el dialogo en privado, o solicitar al acompañante retirarse mientras se obtiene la información.

Finalmente, debemos ser conscientes, que por su situación clínica el paciente puede agotarse durante la entrevista, así que debemos permitirle descansar si el manifiesta este hecho, especialmente si la entrevista es muy intensa, por tanto podemos y debemos completar la entrevista en dos o tres sesiones. De la misma manera si se requiere de otras sesiones para aclarar determinado aspecto, ello deberá realizarse así.

Cuando por su condición clínica el paciente no es capaz de dar alguna información, es nuestra obligación tratar de obtenerla de los allegados del paciente, o del responsable legal. No hay ninguna consideración, para registrar que no se pudo obtener alguna información, sin antes haber hecho esfuerzos ingentes en obtenerla. Finalmente la destreza para obtener la información de la historia clínica, y la habilidad para hacer una correcta redacción de la misma, así como una adecuada descripción de los hallazgos que encontramos en los pacientes, dependerá de un continuo entrenamiento, el cual solo se logra en el ejercicio diario y el contacto permanente con los pacientes. Esta actividad que puede ser considerada como tediosa, y que en muchas ocasiones se la resta importancia, es la que diferenciara la calidad del médico y su trabajo, y que en condiciones desafortunadas, cuando se presenten situaciones médicos legales, le permitirá al médico evitar una condena por alguno de sus actos.

DESARROLLO DE LA HISTORIA CLINICA

En el desarrollo de la historia clínica, hay varios aspectos que aunque independientes en su realización, deben estar interrelacionados, siendo fundamental, para llegar a un diagnostico clínico adecuado. Estos aspectos son la Identificación del paciente; Motivo de consulta; Enfermedad actual; Revisión de sistemas; Antecedentes personales y familiares; Examen físico. La elaboración adecuado de estos aspectos nos llevara a un Diagnostico clínico.

Desde la antigüedad se nos has enseñado, que una adecuada historia clínica y exhaustivo examen físico son fundamentales para un diagnóstico certero, y esto sigue siendo válido, aun hoy cuando los avances tecnológicos permiten hacer un examen muy profundo del cuerpo y su funcionamiento. Los exámenes paraclinicos, cualquiera que sea, solo deben servir para confirmar o descartar lo que el médico clínicamente haya diagnosticado. La costumbre actual, que se ha vuelto una norma en el ejercicio profesional, de esperar que los métodos diagnósticos nos dé el diagnóstico, es uno de los aspectos que está llevando a la crisis el ejercicio médico en todo el mundo.

Ningún método diagnostico, por sofisticado y avanzado que sea, podrá reemplazar al médico humano, que con cariño y entereza escucha al paciente, que con palabras adecuadas da la información de su estado, conductas a tomar y su pronóstico. Nada podrá reemplazar a la mano cálida y tierna que palpa su adolorido cuerpo; nada podrá reemplazar al oído acucioso durante una auscultación; nada podrá reemplazar al ojo inquisitivo durante la observación del paciente.

IDENTIFICACION

Las diferentes características, que serán analizadas a continuación soy importantes, ya que una adecuada y correcta identificación del paciente, nos servirá de base en el desarrollo de la historia, y nos permitirá conocer algunos aspectos socioculturales del paciente, que puede servirnos en un momento para el diagnostico del problema de salud que este tenga.

1. **Nombre**: Debe registrarse el nombre completo del paciente, con sus 2 dos apellidos. En el caso de las mujeres casadas, aunque se acostumbra a utilizar el apellido del esposo como segundo apellido, lo más aconsejable, en este caso es utilizar el segundo apellido de soltera. Debe tenerse en cuenta también, que hay algunos países diferentes al nuestro donde solo se usa un solo apellido. Aquí cabe mencionar, que todas las hojas de la historia clínica deben estar encabezadas con el nombre del paciente.
2. **Identificación**: Se debe registrar el número del documento de identidad del paciente. Este es importante, porque en algunas instituciones puede servir de número de historia clínica, pero por otro lado en caso de homónimos, ayudara a una correcta identificación.
3. **Edad:** Además de dar información de los años que tiene el paciente, este registro nos puede ayudar a orientar el diagnóstico, porque es bien conocido que hay una serie de enfermedades que se presentan exclusivamente en ciertas edades, como por ejemplo: Fiebre reumática en la infancia, o Polimialgia reumática en ancianos.
4. **Sexo**: Pareciera necio insistir en tener esta información, cuando ya tenemos el nombre del paciente. Sin embargo dado que podemos encontrar pacientes con ciertas tendencias sexuales, como es el homosexualismo, así como algunas actitudes sexuales, como el travestismo, es necesario tener este registro. Igualmente hay nombres que son llevados por ambos géneros, por ejemplo Abigaíl es nombre de mujer o de hombre. Además es claro que hay enfermedades que tienen predilección por determinado sexo. Por ejemplo Lupus eritematoso en la mujeres, o la hemofilia en los hombres.
5. **Raza:** Hay enfermedades que afectan una más que otra, debido a factores genéticos y hereditarios. Por ejemplo Anemia de células falciformes en la raza negra, o la fibrosis quística en la raza blanca.
6. **Estado civil:** Epidemiológicamente hay riesgo de ciertas enfermedades dependiendo de si la persona es soltera o casado. El paciente soltero por ejemplo puede tener una actividad promiscua, que lo lleve a un riesgo mayor de enfermedades de trasmisión sexual.
7. **Lugar de nacimiento**: Hay factores ecológicos, ambientales, infecciosos, o hereditarias, que pueden generar enfermedades, afectando a una persona, dependiendo del país o la región donde ha nacido. Por ejemplo enfermedades originadas en el trópico, la Talasemia en el mediterráneo entre otras.
8. **Lugar de procedencia**: La industrialización y comercialización en el mundo, la mayor facilidad de comunicación, los mejores y más rápidos medios de transporte, hacen que las personas se trasladen fácilmente de un lugar a otro, con lo cual pueden tener riesgo de adquirir o trasmitir enfermedades dependiendo del sitio de origen, o hacia donde se dirigen. El lugar de procedencia hace referencia al sitio donde el paciente ha estado en los días previos a la consulta médica diferente a su lugar de residencia.
9. **Lugar de residencia**: Algunos factores como el clima, características topográficas, hábitat, costumbres alimenticias, religiosas o folklóricas, pueden incidir en el desarrollo de la enfermedad de un paciente. Aunque la información sobre el lugar de nacimiento, procedencia, y residencia, tienen características similares en su justificación para el desarrollo de la historia clínica, no se deben confundir, ni el obtener la información de uno de ellos reemplaza al otro, así que en lo posible deben investigarse en forma separada siempre.
10. **Escolaridad:** Con mucha frecuencia este aspecto, se omite en la información que debe obtenerse del paciente, lo cual se constituye en error craso, ya que es de suma importancia para el desarrollo de la historia. El aspecto más importante en la obtención de esta información consiste, en que ello va a regir el nivel de la conversación que vamos a llevar con el paciente. No es lo mismo conversar con una analfabeta, que con un profesional. La terminología a utilizar debe ser muy diferente. De otro lado el nivel de educación, nos dará información sobre aspectos culturales del paciente, conductas de higiene que pueden ayudarnos a orientar un diagnostico.
11. **Religión**: este es otro de los aspectos de mayor importancia, que debe ser tenidos muy en cuenta, y cuyo su desconocimiento puede afectar seriamente la relación médico-paciente. Conocer las creencias religiosas del paciente evitara que cometamos una impertinencia durante el interrogatorio, que puedan ofender al paciente. De otro lado tendrá implicaciones en las

conductas terapéuticas a proponerle al paciente, específicamente con relación a la transfusión de sangre en los testigos de Jehová.

12. **Ocupación**: Cada día se da más importancia a los aspectos laborales, que pueden generar enfermedades. Y cada vez se toma conciencia de la prevención de enfermedades relacionadas con el trabajo. Entidades como el Asma ocupacional, Asbestosis, Neumoconiosis, las enfermedades que puede adquirir el personal de salud en los hospitales o laboratorios clínicos, la Neuropatía del agricultor, o por humo de leña, son solo un pequeño ejemplo de las muchas entidades que puede padecer una persona relacionada con su trabajo actual.
13. **Confiabilidad:** Aunque en algunos textos, recomiendan registrarla en esta fase de la identificación, ella es una evaluación muy subjetiva, y solamente podría realizarse al culminar el interrogatorio y compararlo con los hallazgos del examen físico o estudios paraclinicos.
14. **Fecha de ingreso**: Debe registrarse la fecha de ingreso del paciente a la institución o la fecha de la primera consulta si es en un consultorio particular.

MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta se define como la razón por lo cual el paciente requiere de la atención médica. Esta razón puede ser un síntoma o conjunto de síntomas o quizás un signo que está experimentando el paciente. El motivo de consulta es la base para iniciar el desarrollo de la enfermedad actual, ya que este síntoma o síntomas o signos deben ser componentes principales de la enfermedad del paciente. Si el motivo de consulta no se encuentra dentro de la evolución de la enfermedad actual, debe haber una equivocación y se deberá corregir. Es importante aquí hacer una serie de recomendaciones para el adecuado desarrollo del motivo de consulta.

1. Prácticamente se ha establecido como una norma, el registrar el motivo de consulta, con las mismas palabras expresadas por el paciente, anotándolas entre comillas, con el fin de reafirmar que son emitidas por él. Esto es muy importante, porque el médico debe evitar en lo posible, en este momento hacer interpretaciones de lo que manifiesta el paciente, ya que puede equivocarse y así hacer un enfoque inicial erróneo de la situación del paciente. Sin embargo cuando el paciente utiliza términos confusos, o modismos propios de la región de donde proviene un paciente, o por factores culturales o sociales, es conveniente solicitar al paciente que explique lo que nos quiere informar de tal forma, para que una vez se tenga claro lo que quería decir el paciente, se pueda registrar, obviamente con las palabras de este.
2. Si el paciente tiene más de un síntoma o signo, como motivo de consulta, se debe registrar sin omitir arbitrariamente alguno de ellos.
3. Algunos pacientes pueden referir como motivo de consulta un diagnostico medico definido, ya sea porque el paciente está convencido que tiene tal enfermedad, o porque previamente algún médico le haya hecho un determinado diagnostico. En lo posible se recomienda evitar dejar como posible motivo de consulta un diagnostico, ya que esto puede inducir a equivocaciones o sesgar el enfoque del entrevistador hacia ese determinado diagnostico, en especial si es el propio paciente el que está dando su propio dictamen. Es conveniente solicitar al paciente que describa los síntomas o signos más importantes que lo aquejan y así registrarlos.
4. También es costumbre anotar como motivo de consulta el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar al paciente, o una conducta terapéutica determinada, o simplemente registrar como motivo de consulta, la remisión de una institución. Esto es completamente equivocado, ya que se ha insistido en que se debe registrar los SINTOMAS O SIGNOS, que aquejan al paciente.

Debe quedar claro, después de estas recomendaciones, que el motivo de consulta, no necesariamente es lo primero que expresa el paciente, como causa de la consulta. Es posible que el motivo de consulta se registre posterior a un dialogo más profundo o extenso con el paciente, o incluso puede ser cambiado a otro, una vez aclarados todos los aspectos concernientes.

ENFERMEDAD ACTUAL

La enfermedad actual es la narración cronológica clara y concisa de los diferentes síntomas y signos por los cuales el paciente busca ayuda médica. Inicialmente es conveniente permitirle a la persona hacer un relato espontaneo y libre de los síntomas que lo aquejan, y solamente intervenir cuando el relato sea vago e impreciso. Una vez el paciente haya culminado su relato, el médico podrá intervenir para que, realizando un interrogatorio dirigido con ciertas preguntas muy puntuales que más adelante se desarrollaran, pueda aclarar o puntualizar ciertos aspectos de la información que el paciente nos ha dado. Incluso se recomienda que el médico haga una recapitulación de lo narrado, para evaluar si el paciente está de acuerdo, y así culminar el desarrollo de la enfermedad actual.

Antes de continuar, este es el momento adecuado para hacer un análisis detallado del desarrollo del SINTOMA, ya que es base fundamental de la enfermedad actual y la revisión por sistemas. Esto es muy importante, ya que un adecuado desarrollo del síntoma y sus características, es lo que permitirá al médico hacer un diagnostico diferencial del mismo.

1. **Fecha de inicio**: Debe siempre registrarse hasta cuando el paciente estaba asintomático, y cuando le comenzó la molestia. Más adelante se hará un análisis más detallado de ciertos aspectos del inicio de la enfermedad.
2. **Duración:** Es importante conocer la duración del síntoma, y registrar si son minutos, horas, días, meses, etc.
3. **Periodicidad:** Se refiere la recurrencia o no del síntoma. Si este es continuo o intermitente, y los factores que contribuyen a su remisión o exacerbación.
4. **Curso** : Aunque podría confundirse con la periodicidad, el curso del síntoma se refiere a si el síntoma es de aparición y resolución rápida, progresiva, o insidiosa ; si es regresiva o recurrente.
5. **Localización** : Esto tiene mucha importancia, ya que nos puede orientar hacia que órgano o estructura del cuerpo está afectada. Ello adquiere mayor importancia cuando el síntoma es doloroso.
6. **Intensidad** : Se refiere a que tan molesto es el síntoma para el paciente. Más adelante se harán las recomendaciones para su registro de acuerdo a cada síntoma.
7. **Frecuencia y número** : Nos permite evaluar la severidad de un síntoma, y se debe registrar con relación al tiempo. Por ejemplo : Numero de deposiciones al dia, numero de convulsiones, etc.
8. **Volumen** : Hay síntomas en donde es importante registrar la cantidad del mismo. Por ejemplo, el vomito, hemoptisis, cantidad de orina.
9. **Factores agravantes, precipitantes o atenuantes** : Debe registrarse que circunstancias de la actividad del paciente aumentan o disminuyen los síntomas.
10. **Síntomas asociados** : Se refiere, a la aparición de otras molestias o síntomas durante la presentación de un síntoma especifico**.** la persona exacerban o mitigan una determinada molestia**.**
11. **Efectos sobre las actividades diarias** : A diferencia del punto anterior, en este los referimos a las limitaciones de las actividades de la persona generadas por el síntoma mismo, y es un parámetro muy importante de la severidad del mismo.

El DOLOR, como síntoma merece especial consideración, no solo por los efectos que ejerce sobre la calidad de vida en el paciente, sino porque de su adecuado análisis permitirá un adecuado diagnostico. Son muchas las entidades que pueden producir un determinado dolor, y este puede se originado en varios órganos, así que solo un adecuado desarrollo del mismo, nos permitirá acercarnos a un diagnostico clínico del mismo. Además de las características mencionadas

anteriormente para hacer un adecuado desarrollo del síntoma, en la evaluación del dolor, se debe tener en cuenta otros factores.

1. **Carácter o tipo de dolor** : La característica del dolor es muy subjetiva, sin embargo se puede orientar al paciente para ayudarlo en su descripción. Debe evaluarse si el dolor es sordo, quemante, constrictivo, picada, cólico, lancinante, etc.
2. **Extensión** : Se refiere a cuando el dolor se localiza en zonas vecinas, al punto de mayor intensidad, o donde el paciente refiere esta localizado el dolor.
3. **Irradiación** : Es la extensión del dolor a zonas distantes de su sitio de origen, o de donde el paciente refiere está localizado el dolor.

En este punto se vuelve a recalcar la importancia, de desarrollar los síntomas que nos refiere el paciente, de acuerdo a los puntos que hemos anotado anteriormente. De ello dependerá indudablemente el poder acercarnos aun diagnostico clínico adecuado. Como se menciono anteriormente, esto es válido también cuando se esté realizando la revisión por sistemas. Es claro pues, que una historia clínica bien realizada consuma un tiempo importante, pero ello será justificado, cuando al revisarla se pueda obtener una información valiosa, que nos ayude a acercarnos al diagnostico clínico del paciente, y tal vez ahorrarle costos inmensos en métodos paraclinicos, que serian innecesarios, basados en la información disponible. De otro lado, solo el médico que tiene una idea clara del desarrollo de los síntomas y el desarrollo de la historia clínica, podrá en un momento dado resumir, u orientar el interrogatorio o la información a obtener, con el fin de lograr una historia más resumida, pero sin perder la calidad de la misma.

Un aspecto muy importante, de tenerse muy en cuenta en el desarrollo de la enfermedad actual se refiere, al establecimiento del inicio de la enfermedad actual. Cuando el paciente es una persona previamente sana y se presenta con un cuadro agudo, como puede ser una Neumonía, o sufre una fractura en un accidente de tránsito es obvio que el inicio de su enfermedad actual corresponde a ese instante, o al momento en que se manifiestan los primeros síntomas. Pero la situación puede ser un poco más compleja, cuando el paciente padece una enfermedad de larga data, como puede ser una Diabetes Mellitus tipo 2, o una Insuficiencia cardiaca congestiva, o una Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. Cuando se está con un paciente que padece una enfermedad crónica, se puede presentar dos situaciones diferentes, donde el inicio de la enfermedad actual puede variar substancialmente.

1. El motivo de consulta es un episodio o una exacerbación de una enfermedad crónica . Por ejemplo, un paciente que padece de Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticada hace 6 años, para lo cual viene recibiendo tratamiento con hipoglicemiantes orales en forma muy irregular, y quien desde hace 5 días ha empezado notar, malestar general, astenia, poliuria, polidipsia, y los familiares anotan, que lo han notado con alteraciones en el estado de conciencia. El examen físico y estudios paraclinicos confirman un estado de Cetoacidosis diabética. Es claro entonces, que siendo los síntomas relatados por el paciente un episodio de descompensación de su enfermedad crónica, el inicio de la enfermedad actual debe comenzar al momento en que se iniciaron los síntomas o se le diagnosticó la Diabetes, y el desarrollo de la misma, debe hacerse desde ese momento.
2. El motivo de consulta es un episodio agudo, no relacionado con una enfermedad crónica. Por ejemplo un joven, que sufre de Asma bronquial desde la temprana infancia, para lo cual recibe tratamiento con inhaladores, y ha estado asintomático de su enfermedad en los últimos meses, quien al estar practicando patinaje sufre una caída, presentando una fractura de uno de los huesos del antebrazo. En este caso su motivo de consulta que es la fractura, no tiene nada que ver con su enfermedad crónica, y por tanto su enfermedad actual comienza desde el momento que sufrió el accidente, y su enfermedad crónica se convierta en un antecedente del paciente.

Aunque se podrían desarrollar múltiples ejemplos, consideramos estos dos son muy representativos, y ojalá permitan aclarar muy bien el concepto que se quiere trasmitir.

Es claro que las dos situaciones antes mencionadas, son validas cuando hay un diagnostico clínico claramente establecido y en cierta forma certificada por un médico. Pero si no hay un diagnostico claro, y el paciente es el que “cree” tener cierta enfermedad, es nuestra obligación desarrollar la enfermedad actual con base a los síntomas relatados por el paciente, y el inicio de la misma dependerá de la información que hayamos obtenido por parte del paciente.

Al comienzo se había comentado, que idealmente el desarrollo de la enfermedad actual debe ser con base a una versión libre y espontanea del paciente, pero que posteriormente de puede hacer un interrogatorio dirigido para tratar de aclarar algunos aspectos que no hayan quedado claros. He aquí algunas de las preguntas que nos podrían ayudar.

1. Cuando se inicio o se iniciaron los síntomas ?
2. Era previamente sano hasta el comienzo de la enfermedad actual ?
3. El paciente tiene una enfermedad crónica con respecto a la enfermedad actual ?
4. Como le comenzó la enfermedad actual ?
5. Cuál es el síntoma principal ?
6. Cuales otros síntomas ha tenido ?
7. Cómo ha evolucionado la enfermedad desde su inicio ?
8. Que síntomas persisten y cuales han desaparecido ?
9. Ha sido hospitalizado previamente por esta enfermedad ?
10. Que estudios diagnósticos le han realizado, y cuáles han sido los resultados ?
11. Que tratamientos ha recibido y cuál ha sido la respuesta a ellos ?
12. Que síntomas de la enfermedad actual persisten al momento de la consulta ?

Muchos de los aspectos sobre las preguntas anteriores han sido explicados o comentados en los párrafos anteriores. Sin embargo merece comentario adicional lo relacionado con los métodos diagnósticos y las medidas terapéuticas. Son innumerables las ocasiones, donde el paciente reporta no conocer los resultados de los estudios diagnósticos o las medicaciones que esta recibiendo, y en gran parte esto es culpa del médico, que no se toma la molestia ni el tiempo necesario para explicarle a su paciente lo que le encontró o el tratamiento que le hizo o el que le va ha ordenar. Este es un grave error del ejercicio medico, que ojalá las futuras generaciones lo logren solucionar. En otras ocasiones a pesar que el médico haya dado la ilustración necesaria, sobre estos aspectos, el paciente por cualquier razón o circunstancia los ha olvidado. En este caso es obligación del médico, tratar de localizar los resultados o averiguar con los familiares o los mismos colegas, para lograr obtener la información respectiva para completar así el desarrollo de la enfermedad actual. No tiene ninguna justificación registrar en la historia, que se desconoce los resultados de estudios diagnósticos o conductas terapéutica, sin haber hecho el intento de obtener la respectiva información.

REVISION POR SISTEMAS

LA REVISION POR SISTEMAS SE DEFINE COMO EL CONJUNTO DE SINTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA CONSULTA, QUE PUEDEN O NO ESTAR RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD ACTUAL Y POR TANTO NO TIENE UNA LIMITACION EN EL TIEMPO.

Aunque en algunos textos de semiología, la revisión por sistemas, está ubicada posterior a los antecedentes, en texto, este capítulo está ubicado después de la enfermedad actual, ya que se considera, es un complemento muy importante de la misma. Nos proporciona una visión global de la salud del paciente al momento de la consulta ; permite establecer, si hay un solo sistema comprometido o si hay un compromiso multisistémico ; conocer como está funcionando desde el punto de vista fisiológico cada sistema ; descubrir si hay una patología previa a la enfermedad actual ; descubrir y valorar si existe más de una patología activa en el paciente ; descubrir en el

paciente aparentemente sano, alguna patología. Para el desarrollo de la revisión por sistemas se harán las siguientes recomendaciones :

1. Todos los síntomas y signos que se hubiesen presentado durante la evolución de la enfermedad actual y que aparentemente estén en relación estrecha con esta, deben registrarse en la descripción de la enfermedad actual, y no en la revisión por sistemas. Además es innecesario repetir esta información de nuevo en el texto de la revisión por sistemas.
2. Como se comento en la enfermedad actual, se debe hacer un desarrollo adecuado del síntoma, registrando todas las características del mismo. No es conveniente solo registrar si algún síntoma está presente o ausente.
3. Para el estudiante de semiología, que apenas está comenzando a desarrollar la historia clínica, se recomienda que registre todos los síntomas que se pueden presentar en cualquiera de los diferentes sistemas, para que con el tiempo los pueda memorizar, y así más adelante pueda hacer el interrogatorio en forma más adecuada, sin olvidarse de ningún aspecto, aunque en el texto final de sus historias posteriores no los registre.

A continuación se hará una descripción detallada de los síntomas que pueden presentarse, debido a alteraciones en el funcionamiento de los diferentes sistemas del cuerpo. Dado que es posible que muchos de los síntomas que enunciaremos a continuación, su terminología sea desconocida por el estudiante de medicina, y ya que su descripción no está dentro de los objetivos de este capítulo, recomendaciones tener a disposición un Diccionario de terminología médica, que permita ayudarle en la comprensión de los mismos.

1. **Síntomas constitucionales o generales** : Anorexia, Astenia, Adinamia, Fiebre, Escalofrío, diaforesis.

Estos síntomas se consideran generales, porque no son específicos de un sistema o enfermedad en particular, y pueden formar parte del espectro sintomático de muchas entidades clínicas. En el caso del la fiebre es preciso aclarar si esta es continua, es decir si se sostiene a cualquier nivel, sin variaciones importantes. Remitente, cuando, la hipertermia retorna diariamente a nivel normal. Intermitente, cuando se presenta episódicamente dejando un lapso de varios días, entre uno o otro episodio febril, y finalmente de características irregulares, cuando no tiene ningún patrón especifico. Si esta o no precedida de escalofrío es un aspecto que debe tenerse en cuenta también.

2. **Piel y faneras** : Prurito, manchas en las piel u otras lesiones en la piel, alopecia, cambios en la textura y humedad de la piel, cambios en el aspecto de las uñas, cambios en el aspecto de los lunares.

El concepto de manchas o lesiones de la piel, puede ser muy vago. Aunque las lesiones de la piel tienen una característica claramente definida desde el punto de vista semiológico, y el estudiante las reconocerá al estudiar el examen físico de la piel, es aconsejable, que el paciente de una versión libre de las características de las lesiones que presenta, y posteriormente al hacer el examen físico, se establezca el tipo de lesión que el paciente refiere.

3. **Organos de los sentidos** :
   A. Ojos : Alteración de la agudeza visual, ardor ocular, dolor ocular, enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, xeroftalmia, secreciones anormales, fosfenos, escotomas.
   B. Oídos : Alteración agudeza auditiva, otalgia, tinnitus, secreciones anormales, vértigo, alteraciones del pabellón auricular.
   C. Nariz : Obstrucción nasal, prurito nasal, epistaxis, rinorrea, goteo post nasal, alteración del olfato, dolor, estornudos.

4. **Linforeticular :** Adenomegalias, linfedema.

Aunque en muchos textos de medicina se encuentra el termino de Adenopatia para describir, el crecimiento anormal de los ganglios, considero que el termino mas adecuado es el de adenomegalia, y por tanto recomiendo su uso. Adicional a las características del desarrollo de los

síntomas, que se ha recomendado, en el caso de las adenomegalias es necesario averiguar si estas son únicas o múltiples, si hay dolor u otros síntomas asociados desde su aparición, consistencia, presencia o no de trayectos fistulosos.

5**. Colágeno** : El polimorfismo sintomático de las enfermedades del colágeno, no permiten describir síntomas específicos en este sistema. Los síntomas de las diferentes entidades, los vamos a encontrar en la revisión de prácticamente todos los demás sistemas.

6. **Muscular** : Dolor muscular, masas musculares, limitación funcional, debilidad muscular, atrofia o hipertrofia muscular, calambres.

Es importante establecer el musculo o grupo de musculos afectados, así como la relación con los movimientos o cambios de posición.

7. **Oseo** : Dolor óseo, masas óseas, limitación funcional, secreciones anormales.

8. **Articular** : Dolor articular, inflamación articular, limitación funcional, rigidez matinal, ruidos articulares.

Al igual que el sistema muscular, en el sistema osteoarticular, es importante establecer la o las estructuras osteoarticulares afectadas, si los síntomas están localizados a una sola estructura, o si están afectados otras estructuras, o si los síntomas tienen un carácter migratorio, es decir " viajan" de una articulación a otra.

9. **Neurológico** : En el sistema neurológico son varios los aspectos a analizar separadamente
   a. Cefalea
   b. Funciones mentales : Estado de conciencia, Alteración del estado emocional, memoria, juicio y abstracción.
   c. Lenguaje : Alteración del lenguaje hablado y escrito.
   d. Sensibilidad : Dolor neuropático, parestesias, anestesia, hipoestesia, hiperestesia.
   e. Motilidad : Plejias, paresias, movimientos anormales : temblores, convulsiones, corea, atetosis, balismo, tics.
   f. Equilibrio y coordinación motora : Vértigo, disartria, trastorno de la marcha.
   g. Sistema vegetativo : Alteraciones del sueño, hiperhidrosis, lipotimias.

Tal veZ como ningún otro síntoma, el desarrollo de la cefalea debe ser evaluado exhaustivamente, y se recomienda seguir lo más estricto posible, las indicaciones dadas en el desarrollo del síntoma especialmente del dolor. La evaluación de las funciones mentales, tal vez se desarrolle más adecuadamente durante todo el interrogatorio al paciente, analizando su comportamiento y sus respuestas. Es también muy importante durante el interrogatorio establecer la localización, ojalá lo más exacta posible de las alteraciones sintomáticas referidas por el paciente, ya que al llegar al examen físico no ayudara mucho en la compleja evaluación del examen neurológico.

10. **Circulatorio** :
   a. Corazón : Disnea, palpitaciones, dolor precordial, edema, cianosis, peso epigástrico.
   b. Vasos : Dolor muscular a la marcha, fenómeno de Raynaud, dolor flebitico.

En la evaluación de la disnea, es importante establecer si esta se presenta durante la actividad física, o aun en reposo. Con base a ello clásicamente se han establecido cuatro grados de severidad de disnea, los cuales se pueden registrar en números romanos (Disnea grado I, II, III, IV). Un estado mucho más avanzado, es el que se describe como la Disnea paroxística nocturna, característico de pacientes con Insuficiencia cardiaca descompensada, donde estando el paciente descansando en decúbito, durante la noche, es despertado por un aumento súbito de su disnea que lo obliga a incorporarse inmediatamente.

En cuanto a las palpitaciones, debe establecerse con claridad, si estas son aisladas o se presentan en "salvas" es decir en secuencias rápidas que ceden espontáneamente. Con relación a los edemas, al igual que en la disnea, se han clasificados en cuatro grados los cuales se pueden también registrar en números romanos. El estado más avanzado de edemas se denomina anasarca. También es fundamental establecer si el edema es blando es decir deja "fovea" o depresión al hacer una presión digital, y si este es duro, ya que con base a este hallazgo se puede hacer un diagnóstico diferencial fisiopatologico de la causa del edema.

Con relación al dolor muscular a la marcha se refiere al dolor asociado a la insuficiencia arterial, donde durante la actividad física, que puede ser solo caminar, se presenta el dolor obligando al paciente a parar y descansar, con lo cual el dolor cede. Posteriormente al reiniciar la marcha puede aparecer nuevamente el dolor. Este se conoce como Claudicación intermitente de los miembros inferiores. El fenómeno de Raynaud se caracteriza por la apariencia cianotica y en la mayoría de las veces una palidez marcada de los dedos de las manos asociada a la exposición al frío.

11. **Respiratorio** : Disnea, tos, dolor torácico, expectoración, ronquidos, cianosis, ruidos anormales en el tórax, apnea de sueño.

La disnea y la cianosis son compartidos con el sistema circulatorio y su desarrollo ya se discutió. En cuanto a la expectoración debe establecerse con claridad las características del esputo, es decir si es mucoso, mucopurulenta, hemoptoico o franca hemoptisis. La vómica se refiere a la expulsión de abundantes cantidades de pus, lo cual se puede ver en pacientes con abscesos pulmonares drenados a los bronquios. Es igualmente importante establecer la cantidad del material expectorado, especialmente en el caso de la hemoptisis, ya que ello tiene implicaciones terapéutica importantes. Con relación a la tos es necesario, definir si esta es aislada, en accesos, y los factores asociados que la puedan exacerbar.

Aunque los ruidos anormales, se evalúan en el examen físico, con frecuencia el paciente es capaz de relatar la sensación de ruidos anormales en su tórax. Así mismo es necesario establecer si el paciente es roncador o no. En este caso, como en la apnea de sueño, tal vez el paciente no es capaz de referir esta situación, y por tanto es necesario preguntar al acompañante o familiares si han notado la presencia de estos síntomas.

12. **Digestivo** : El desarrollo de los síntomas se realizara, de acuerdo al nivel del tracto digestivo donde estos se pueden presentar.
    a. Apetito y hambre : Hiperorexia, polifagia, anorexia, sitofobia, parorexia, bulimia.
    b. Boca : Halitosis, glosodinia, odontalgia, hemorragia gingival, sialorrea.
    c. Garganta : Dificultad de la deglución, dolor de garganta.
    d. Esófago : Dificultad del tercer tiempo de la deglución, dolor en el tercer tiempo de la deglución. regurgitación esofágica, hemorragia esofágica, fenómenos de vecindad.
    e. Estomago, vías digestivas, páncreas :
        1) Dispepsia : Anorexia, plenitud, peso epigastrico, nausea, regurgitación, pirosis
        2) Vomito
        3) Dolor abdominal
        4) Meteorismo
        5) Trastorno habito intestinal : Constipación, Diarrea.
    f. Recto : Dolor rectal, hemorragia anorectal, secreciones anormales, emisión de heces acintadas, humedad anormal del ano, prurito anal.
    g. Hígado :
        1) Dolor
        2) Ictericia : Prurito, hipercolia, acolia, coluria.
        3) Hemorragias.

El desarrollo de los síntomas del sistema digestivo sigue los mismos delineamientos descritos anteriormente. Con relación a la regurgitación debe establecerse las características de la mismas, es decir si son gaseosas o eructos, liquidas relacionadas con el jugo gástrico o jugo biliar. Y las sólidas o mericismo. En cuanto al vomito es necesario establecer la cantidad, y las características del mismo, es decir si es de contenido alimenticio, del aspecto del jugo gástrico o biliar, si hay presencia de sangre fresca o digerida(hematemesis).

En cuanto a la diarrea, es vital no solo establecer en lo posible la cantidad, sino también el aspecto de la misma, es decir si es liquida simple, del color de la materia fecal ; Lienterica, donde se destacan trozos de alimentos ; Disenteriforme, donde hay presencia de moco y sangre ; Inflamatorio, que es una diarrea abundante verdosa, con grumos semisolidos o moco y la esteatorrea, la cual es abundante pastosa, fétida, que flota con facilidad en el agua del sanitario.

Es necesario determinar aspecto de la hemorragia anorectal. Diferenciar si es sangre fresca o rectorragia, sangre vieja, fétida, en "cuncho de café" o melenas, o la hematoquezia, que son las heces de aspecto normal, con pintas de sangre.

13. **Urinario :**
    a. Riñón y pelvis renal : Edema, oliguria, anuria, dolor lumbar.
    b. Vías urinarias : Dolor al orinar, polaquiuria, hematuria, piuria, retención urinaria, incontinencia, dificultad mecánica de la micción, modificaciones del chorro urinario, enuresis, tenesmo vesical.

Debe registrarse la frecuencia urinaria al dia, en promedio. Esto ayudara a establecer si hay oliguria o anuria.

14. **Genital :**
    a. Masculino : Impotencia, priapismo, algopareunia, hemospermia, eyaculación precoz, dolor testicular, masas testiculares, ausencia o atrofia testicular
    b. Femenino :
        1) Trastorno del ritmo menstrual : Amenorrea, polimenorrea, oligomenorrea
        2) Trastorno de la cantidad : Hipomenorrea, hipermenorrea
        3) Dismenorrea, flujo genital, metrorragia, prurito vulvar, dolor pélvico, galactorrea, tensión mamaria, dispareunia, masas vaginal, peso en hipogastrio.

Para establecer aproximadamente la cantidad del sangrado menstrual, es conveniente anotar la cantidad de toallas higiénicas que la paciente utiliza durante el dia cuando presenta la menstruación. Así mismo debe registrarse la duración de cada ciclo menstrual y los días de sangrado. En cuanto al flujo debe anotarse las características físicas del mismo.

15. **Endocrino :**
    a. Tiroides : Nerviosidad, criestesia, temblor, hipersudoracion, crisis diarreicas, bocio, macroglosia, bradipsiquia, exoftalmos, intolerancia al frío.
    b. Hipofisis, suprarrenales, gónadas : Obesidad progresiva, trastornos del crecimiento, trastornos del desarrollo sexual, masculinizacion, feminización, pigmentación de la piel, galactorrea, infertilidad.
    c. Páncreas : Hambre patológica, polidipsia, poliuria.
    d. Paratiroides : Dolores óseos, fracturas espontaneas.

El desarrollo de los síntomas en este sistema esta basado en el hecho, de que las enfermedades que afectan las diferentes glándulas endocrinas, pueden producir alteraciones por hiperfuncion o hipofuncion, siendo necesario explorar los diversos síntomas en cada uno de los casos.

16. **Hematopoyetico :** Astenia, palidez mucocutanea, hemorragias espontaneas, equimosis espontaneas.

Es importante determinar los mecanismos que generan el sangrado, la persistencia del mismo cuando aparece, la duración del episodio y la medidas que el paciente requirió tomar para detenerlo

17. **Psiquismo** :
   a. Funciones intelectuales : Dificultad para la concentración, déficit de la memoria, trastornos de la ideación.
   b. Estado emocional : Depresión, temor constante, fobias, pánico, ansiedad, angustia.

Con mucha frecuencia se olvida voluntariamente, o se da poca importancia a la evaluación de los síntomas asociados al Psiquismo. Sin embargo las alteraciones emocionales son causa frecuente de la consulta médica, en otras ocasiones estos síntomas pueden acompañar o aun aumentar los síntomas por causas orgánicas.

ANTECEDENTES

Este capítulo es fundamental, en el desarrollo de la historia clínica. Nos puede proporcionar una visión clara del estado de salud del paciente antes de la enfermedad actual, y de la salud de sus familiares, del estilo de vida, creencias religiosas, ocupación, hábitos, costumbres dietéticas, higiénicas y sexuales potencialmente riesgosas para la edad. Su desconocimiento pude llevar a errores graves en la interpretación del cuadro del paciente, o tomar decisiones equivocadas.

1. PERSONALES

   a. **Fisiológicos** : Origen y sitio donde ha vivido, profesión y ocupaciones anteriores, condiciones de vivienda, alimentación. La obtención de la información sobre el origen o sitios donde ha vivido puede proporcionar información epidemiologica sobre ciertas enfermedades, en ciertas localidades. Igualmente las condiciones de vivienda pueden orientar sobre ciertos hábitos o condiciones de higiene, que podrían favorecer ciertas patologías. Es fundamental determinar el trabajo o los trabajos que el paciente realiza o ha realizado, ya que cada vez es más importante los factores laborales como inductores de enfermedad.
   b. **Psicosociales** : Esfera de la seguridad física, seguridad económica, seguridad afectivo familiar, seguridad afectivo sexual, seguridad afectivo ocupacional, seguridad afectivo social, seguridad afectivo metafísica. Es necesario un adecuado interrogatorio respecto a las condiciones de adaptación del individuo, al medio que lo rodea, y a la lucha de la vida diaria. Es necesario investigar sobre sus antecedentes o condiciones económicas, relación con familiares o amigos, estado afectivo y de satisfacción sexual, valores filosóficos y religiosos
   c. **Patológicos** : Se puede dividir estos antecedentes en pasivos, aquellos constituidos por enfermedades medicas pasadas y ya resueltas. Ocasionalmente alguna de estas enfermedades pueden reactivarse años después, o aparecer nuevos problemas debido a las secuelas dejadas por esa enfermedad anterior. El otro grupo esta constituido por problemas activos, constituido por entidades clínicas, que afectan en el momento al paciente, en mayor o menor grado, pero que no están en relación directa con la enfermedad actual. Este aspecto ya se trato en el desarrollo de la enfermedad actual. Debe investigarse enfermedades sufridas en cualquier etapa de la vida, aun las de la infancia, así como cualquier enfermedad tropical, infecciosa, o de cualquier sistema orgánico.
   d. **Quirúrgicos o traumáticos** : Debe investigarse sobre los procedimientos quirúrgicos, a que ha sido sometido el paciente, pero fundamentalmente la causa por la cual fue necesaria la

intervención. Igualmente debe investigarse sobre los accidentes sufridos por el paciente, las consecuencias del mismo, en especial fracturas y luxaciones, y el tratamiento establecido.

e. **Hospitalarios** : Contribuye mucho a la información, tener a disposición los hospitales o clínicas donde el paciente ha estado recluido por cualquier razón. En caso de ser necesario se puede solicitar resúmenes de historia clínica, que pueden aclarar muchas dudas.
f. **Ginecoobstetricos** : Debe indagarse sobre la fecha de la menarquia, actividad sexual, número de embarazos, número de abortos, número de partos, y si estos fueron partos naturales o por cesárea, métodos de planificación, posibles complicaciones durante el embarazo, edad de a menopausia. Los aspectos relacionados con el ciclo menstrual se recomienda registrarlos durante la revisión de sistemas.
g. **Farmacologicos y transfusionales** : Debe registrarse toda las medicaciones que el paciente recibe al momento de la consulta y la razón por la cual se le formularon. Es necesario registrar si el paciente ha recibido transfusiones de derivados sanguíneos y la causa.
h. **Tóxicos y alérgicos** : En especial debe indagarse sobre el consumo de alcohol, drogas alucinógenas, tabaquismo. Se debe registrar la frecuencia, cantidad, tiempo de consumo, tipo de sustancia ; si suspendió el habito cuanto tiempo tiene de haberlo suspendido. Con relación al tabaquismo, el numero promedio de cigarrillo/dia por el número de años, nos da el numero de paquetes/año, que nos proporciona un parámetro del habito del tabaquismo. Con relación a las alergias se debe investigar sobre las sustancias potenciales que pueden inducir alergia y en especial la reacción que produce en el organismo del paciente. En el caso de las drogas no se debe confundir los posibles efectos secundarios de las medicaciones, con reacciones propiamente alérgicas.
i. **Uso del tiempo libre** : Se debe evaluar hábitos diferentes a las obligaciones laborales o estudiantiles, y esto nos dará una información de la calidad de vida del paciente.

2. FAMILIARES

Se debe investigar por enfermedades de tendencia familiar o hereditaria, como Diabetes, Hipertensión arterial, Alergias, Neoplasias, Epilepsia, Enfermedades articulares, Cardiopatias congénitas, Enfermedades degenerativas, Enfermedades hemorrágicas, entre otras. Igualmente es muy importante evaluar antecedentes de enfermedades infecciosas transmisibles tales como, Tuberculosis, Hepatitis, SIDA.

Se indagara sobre estas enfermedades en padres, hermanas, hijos, abuelos, tíos, primos en primer grado. Para el caso de antecedentes familiares no se tendrá en cuenta al cónyuge, salvo para los casos de enfermedades infecciosas transmisibles.